Dilatations de bronches(DDB)

Dr F. Ziane
Maitre assistant en pneumophtisiologie
Hopital central de l’armée

objectifs

- Définir une DDB
- Connaitre les lésions anatomo-pathologiques des DDB
- Décrire le mécanisme physio-pathologique des DDB
- Poser le diagnostic positif des DDB
- Enumirer les étiologies des DDB
- Connaitre les principales complications des DDB
- Connaitre les modalités therapeutiques
- Connaitre les modalités de la prévention

plan

I. Definition
II. Interet de la question
III. Anathomo-pathologie
IV. Physiopathologie
V. Diagnostic positif
VI. Les etiologies
VII. Complications
VIII. Traitement
IX. Prevention
X. Conclusion

I. Définition

Les dilatations de bronches (DDB) ou Bronchectasies sont définies comme une augmentation **permanente** et **irréversible** du calibre des bronches avec **altération de leur fonction** dans les territoires atteints .

II. Intérets de la question

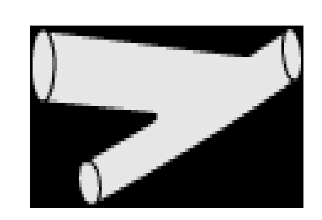
- **Epidémiologique**
  - -Fréquence élevée
  - -Confondue avec d'autres maladies
- **Pronostic**
  - -Retentissement socio-proféssionnel
  - -Sévérite de certaine complications
- **Préventif:** la plupart des étiologies sont acquises (Tuberculose)

III. Anatomo-pathologie

Les dilatations des bronches intéressent les bronches sous-segmentaires de diamètre supérieur à 2 mm. Elles se traduisent par :

- Infiltrat de cellules inflammatoires.
- Destruction de l'armature fibro-cartilagineuse de la sous-muqueuse bronchique.
- Destruction de l’épithélium: altération de l’épuration muco-cilliaire.
- Néo vascularisation: fréquence et gravité des hémoptysies

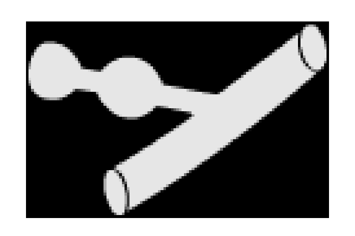
Trois types de DDB sur le plan anatomo-pathologique:



DDB ou cylindriques ou fusiforme :dilatations modérées, à bords réguliers. Réalisant l'aspect d'arbre mort (sansramification.)

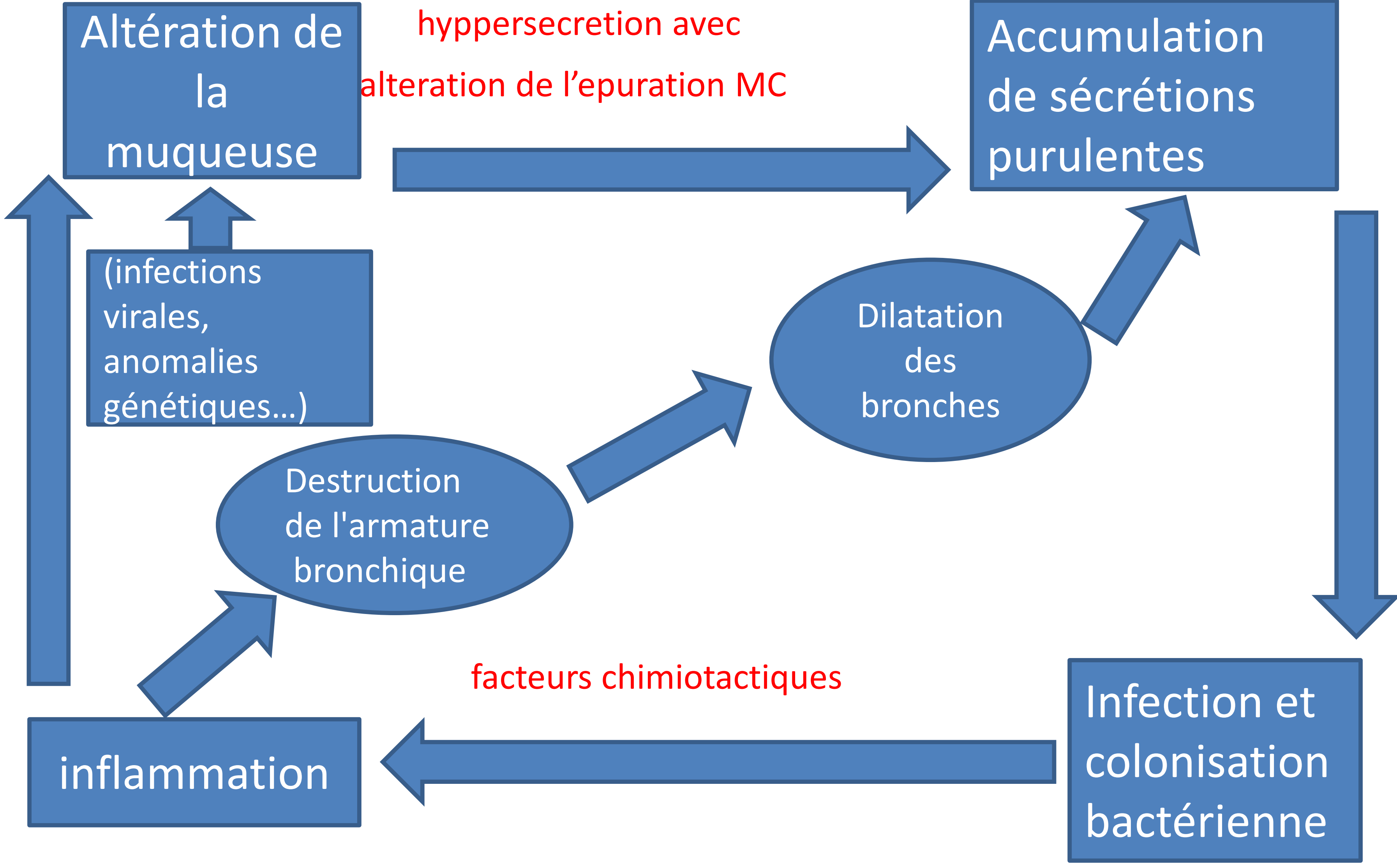


DDB kystiques ou ampullaire :augmentation progressive de la taille de la bronche et se terminent en cul-de-sac.



DDB moniliformes ou variqueuses : dilatations irrégulières alternant avec des rétrécissements (en chapelet).

IV. Physiopathologie



V. Diagnostic

1. Clinique:

- **Signes fonctionnels:**

- **L'*expectoration* :-***C'est le maitre symptome habituellement ancienne et quotidienne.*

  -Les expectorations sédimentent en plusieurs couches : spumeuse supérieure, muqueuse intermédiaire et purulente inférieure avec des débris.
- **Les *hémoptysies*** *sont fréquentes . Elles vont du simple crachat strié de sang aux* hémoptysies massives.

- **La *dyspnée*** *est variable. Elle dépend de l'étendue des lésions et du degré* d'encombrement.
- **signes généraux:** rares.
- **Interrogatoire:** recherche une infection sévère pendant l'enfance, un episde de suffocation dans l'enfance et précise la fréquence des poussées de surinfection.

➢ Examen physique:

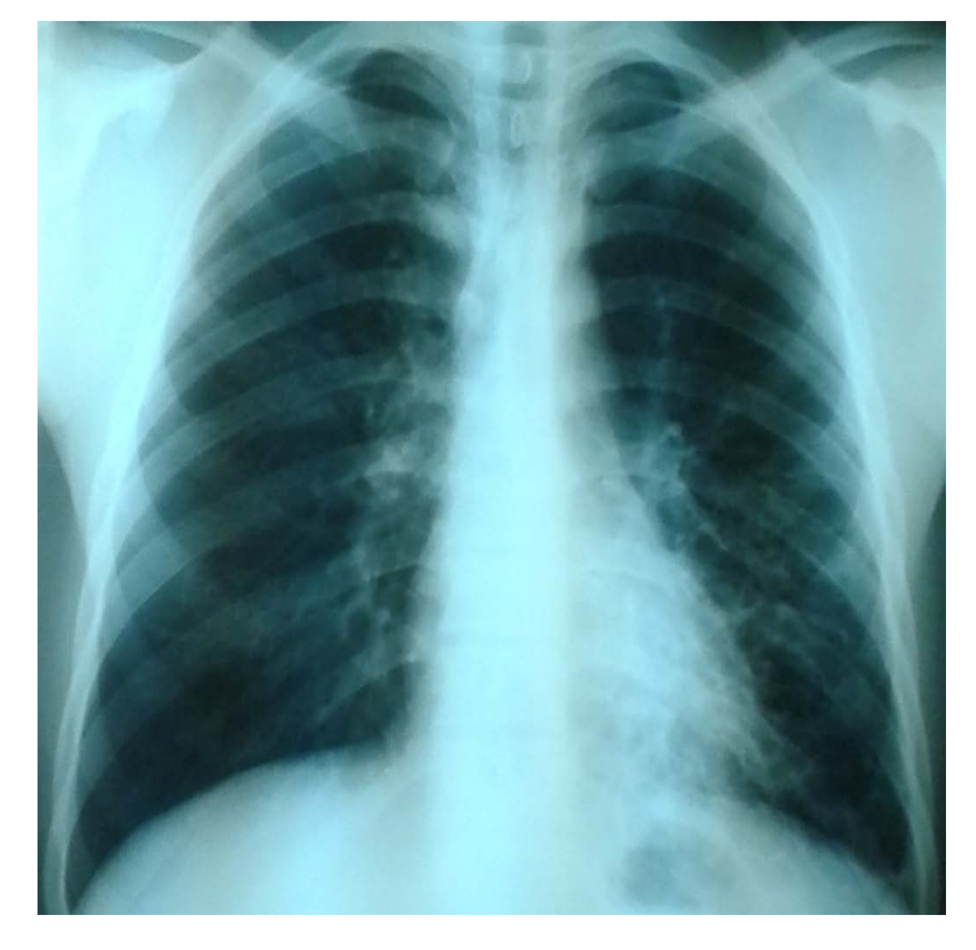
- L'hippocratisme digital est observé plus volontiers dans les formes étendues et anciennes.
- Râles bronchiques persistants.
- Rales crepitants
- Signes d'IVD, en cas de forme évoluée.
- Recherche d'un foyers infectieux ORL (sinusite chronique) ou dentaires.

2. Examens complementaires:

- **Radiographie thoracique:** On peut observer un syndrome bronchique avec:

- **Des clartés tubulées** à paroi épaisses,
- **Des images kystiques** avec parfois des niveaux hydro-aérique ou des bas fonds liquidiens témoins d'un drainage imparfait,
- **Un aspect en « pseudo rayon de miel »**
- **Des opacités tubulées** traduisant des bronches pleines de sécrétions (impaction mucoïde).





- **Scanner thoracique: (examen de reference)** permet de faire le diagnostic et précise:
  - -le type,
  - -le siège
  - -l'étendue des dilatations de bronches.

- **La fibroscopie bronchique:** précise la provenance de la bronchorrhée, permet de faire des prélèvements orientés et protégés, de recherche une cause endobronchique (sténose) et de visualiser l'origine d'un saignement en cas d'hémoptysie..
- **L'EFR:** Il s'agit en général d'un troubles ventilatoires mixtes. Les anomalies sont proportionnelle à l'étendue des DDB.
- **L'examen cytobactériologique des crachats (ECBC):** Permet souvent d'isoler le germe pathogènes lors des episodes de surrinfection

VI. Etiologies

1. DDB acquises: liees a l'environnement

- Infections respiratoires sévères de l'enfance (coqueluche, virus respiratoire syncitial…etc.), responsables de bronchectasies diffuses.
- Tuberculose, Abcès du poumon.
- Toute obstruction ou compression bronchique (corps étranger, adénopathie compressive, tumeur bronchique), responsables de bronchectasies localisées.

2. DDB constitutionnelles: liees a l'hote

- Déficits immunitaires humoral (hypo-gammaglobulinémie, déficit en immunoglogulines).
- Anomalies de la fonction ciliaire(Sd de Kartagener)
- Mucoviscidose.
- Association syndromique (sd de good)

VII. Evolution-Complications

- Formes localisées : évolution simple, le plus souvent bien tolérées. Les surinfections sont rares et bien tolérées.
- Formes diffuses : ont une évolution sévère émaillée de complications:

- surinfections bronchiques répétées.
- Infections parenchymateuses (pneumopathies, abcès).
- Hémoptysies.
- Insuffisance respiratoire chronique.
-Coeur pulmonaire chronique.
-Amylose rénale

VIII. Traitement

1. **BUTS:**

- **Permettre un meilleur drainage des secretions**
- **Lutter contre la colonisation et les surinfections bronchiques**
- **Traiter les complications**
- **Eviter l'evolution vers l'IRC**

2. Les moyens:

- **Kinésithérapie respiratoire** pour drainage bronchique, doit être pluriquotidienne.
- **L'antibiothérapie** ne doit être instaurée qu'en cas de fièvre, de complications infectieuses pulmonaires, ou devant la purulence des expectorations, l'augmentationde leur volume ou l'aggravation de la dyspnée. L'ECBC permet de guider le choix del'antibiothérapie.
- **Traitement de l'hemoptysie**
- **Traitements bronchodilatateurs:** β2-mimetique par voie inhalée, si trouble ventilatoires réversibles à l'EFR.
- Regime hyperprotidique avec une bonne hydratation
- Gérer l'insuffisance respiratoire.
- **La chirurgie** des bronchectasies est réservée aux formes strictement localiséeslors , mal tolérées ou compliquées (hémoptysies et/ou des épisodesinfectieux sévères.
- **Transplantation pulmonaire(formes evoluees)**

IX. Prévention

1. **Primaire:**

- Application du calendrier vaccinal elargi chez l'enfant
- Traitement efficace des infections respiratoires aigues de l'enfant
- Traitement actif et precoce de **la tuberculose pulmonaire**
- Eviter les inhalations de corps étrangers

2. Secondaire: éviter les complications

- Arrêt du tabac.
- Recherche et traitement des infections chroniques ORL et dentaires.
- Vaccination antigrippale et antipneumococcique.
- Suppression de tous les irritants bronchiques ()

X. Conclusion

- Les DDB sont véccues comme maladie invalidante avec un retentissement familial, social et professionnel important
- Il faut noter la gravité de certaine complications comme les hémoptysies
- La majorite des étiologies sont acquises, ce qui fait de leur prevention un objectif en tant que tel